

sup.

Geneve
Lane Medical Libr

Hôpital Cantonal de l'Université de Genève

Professeur Dr L. BARD

A propos d'un cas
de méningite aseptique
consécutive à une injection
intra-rachidienne
de novocaïne

THESE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par ANNA MAYOFIS
de Dwinsk (Lettonie)

IMPRIMERIE VAUDOISE, LAUSANNE

Avenue Louis Ruchonnet, 17

1929

Thèse N° 1279.

La Faculté de Médecine, sur un préavis favorable de Monsieur le Professeur L. BARD (du 5 juin 1919), autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 14 novembre 1928.

*Le Doyen :
Prof. Dr ROCH.*

A mes chers Parents,

A ma chère sœur Olga,

Hommage d'affection

et de reconnaissance.

Qu'il me soit permis d'exprimer ici mes remerciements les plus chaleureux et les plus sincères à Monsieur le Professeur L. BARD, pour les excellents conseils qui m'ont été un précieux guide pour l'élaboration de la présente thèse.

Je tiens aussi à remercier Mademoiselle la Doctoresse COTTIN, Chef de la Clinique, qui a bien voulu mettre à ma disposition les ressources de la Clinique.

A propos d'un cas de méningite aseptique consécutive à une injection intra- rachidienne de novocaïne

On sait que l'introduction d'une substance étrangère dans le cul-de-sac meninge y provoque aussitôt un exode leucocytaire qui se traduit immédiatement par l'élévation du taux des éléments libres dans le liquide céphalorachidien.

Sicard a signalé le premier la possibilité d'une réaction meningée légère à la suite d'une simple injection du serum artificiel. Descamps et Castau ont confirmé ces faits et montré qu'il est possible aussi de créer expérimentalement une véritable méningite aseptique avec élévation de la température et les divers signes généraux et locaux caractéristiques de cette affection.

Dans ces cas, l'examen cytologique révèle l'apparition rapide de polynucléaires, bientôt suivie de mononucléaires.

Ces constatations ont permis à quelques auteurs de préconiser l'injection du serum artificiel pour déterminer, dans un but thérapeutique, une vive réaction meningée.

Enfin, pour MM. Pravaut et Aubourg, l'injection intrarachidienne de liquides aseptiques non isotoniques occasionne, non seulement l'exode de quelques leucocytes, mais un afflux tel que le liquide peut prendre un aspect franchement puriforme.

Kendirdjy, qui s'est occupé de rachianesthésie, le confluent lombaire sous-arachnoïdien se prêtant facilement à l'injection des substances médicamenteuses, insiste beaucoup aussi sur la nécessité de faire le départ entre les accidents immédiats qui sont seuls imputables à la substance injectée et les accidents consécutifs de la période post-anesthésique, qui ré-

vèlent pour une bonne part, du défaut d'isotonie entre le liquide céphaloprachidien et le liquide qu'on injecte.

Cette augmentation du taux cytologique est particulièrement manifeste après les injections intrarachidiennes de mé-taux colloïdaux.

C'est ainsi que MM. Widal et Ramond, dans un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques, ont vu l'injection intra-dure mérienne de 5 centimètres cubes d'une solution de collargol à 1/100, être suivie d'une augmentation considérable des leucocytes contenues dans le liquide médullaire : de 671 ils passèrent à 14,066 ; en même temps, les polynucléaires qui figuraient dans la proportion de 93 % phagocy-tèrent des granules de collargol. La comparaison des examens du liquide avant et après introduction de la solution colloïdale, a permis de suivre in-vitro, les modifications apportées par l'injection de cette substance étrangère dans le sac arachnoïdo-pie-mérien.

Trois jours après, le méningocoque végète toujours en grande quantité et en pleine vitalité, et ce n'est que six jours après le contact avec la solution argentique, que le liquide céphalo-rachidien devient stérile. Si le collargol a eu une action bactéricide, il faut reconnaître qu'elle a été bien lente à se manifester, puisque pour voir disparaître ce microbe si fragile il a fallu plusieurs jours de contact en sac clos et en liquide concentré. Au contraire, une augmentation énorme et passagère du nombre des polynucléaires est avant tout le fait dominant qui a suivi l'injection intra-rachidienne de la solution argentique, et à un moment précisément où la défense locale fléchissait de plus en plus, c'est-à-dire à un moment où malgré la persistance des meningocoques et l'aggravation de la maladie, les leucocytes diminuaient progressivement. Cet exode énorme de polynucléaires a servi avant tout à absorber l'argent colloïdal et s'est atténué au fur et à mesure de la disparition des corps étrangers qui encombraient le sac arachnoïdo-piémérien.

Caussard et Joltrain, voulant s'assurer qu'il s'agissait bien

là d'un effet spécifique des métaux colloïdaux, injectèrent à quatre malades, d'abord du sérum artificiel isotonique, qui provoque une très légère polynucléose, ensuite de l'électrar-gol, qui fut suivi aussitôt d'une vive réaction. Ils constatèrent en outre que les éléments, non seulement augmentent de nombre, mais que leur nature varie ; habituellement il y a transformation des lymphocytes en polynucléaires. Cette transformation de la formule cytologique, pour Caussade, doit être mise sur le compte des métaux colloïdaux, puisque chez le même malade atteint de méningite tuberculeuse, une solution saline isotonique ne modifie pas la formule, alors que l'argent colloïdal au contraire transforma les lymphocytes en polynucléaires.

Claisse et Joltrain ont eu l'occasion d'observer une méningite aiguë syphilitique chez laquelle des injections intrarachidiennes de mercure colloïdal a, non seulement amené la disparition rapide de tous les accidents, qui furent multiples (Kernig, raideur de la nuque, paralysie oculaire, monoplégie brachiale et hémiparésie passagère, crises épileptiformes, délire aigu), mais encore a déterminé des modifications importantes dans la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien, c'est-à-dire la transformation de la lymphocytose en polynucléose : l'équilibre leucocytaire qui était au début de 78 % lymphocytes est devenu, après le traitement mercuriel, de 84 % polynucléaires, 10 % lymphocytes, 6 % mononucléaires. Enfin Mestrezat et Sappey considérant les modifications de l'état des tabétiques traités par l'électro-mercuro-l, ainsi que l'évolution présentée par la formule chimique et cytologique du liquide céphalo-rachidien, concluent que par la méningite thérapeutique que ce médicament provoque il se produit une modification heureuse et rapide des lésions méningées. Les malades voient disparaître les phénomènes subjectifs douloureux (douleurs fulgurantes, constrictives, etc.), en même temps que se fait le retour à une composition normale du liquide céphalo-rachidien.

En 1907, à la Société des Hôpitaux de Paris, MM. Pautrier

et Simon relatent le cas d'une réaction méningée puriforme, aseptique, consécutive à une rachistovainisation. Comme son histoire clinique rappelle en beaucoup de points celle d'une malade que nous avons eu l'occasion de suivre dans le service de M. le professeur Bard, nous croyons utile de faire précéder notre observation personnelle d'un résumé du cas de MM. Pautrier et Simon :

« Il s'agit d'une blanchisseuse de 27 ans, qui entre le 4 octobre 1907 à l'hôpital St-Louis, pour une verrue plantaire infectée simulant au premier abord le mal perforant plantaire. Bien que la malade paraisse émotive, l'examen de son système nerveux ne révèle rien d'anormal ; aucun antécédent pathologique n'est à signaler, notamment pas de syphilis.

Le 10 octobre, la lésion est enlevée chirurgicalement après anesthésie par la stovaine lombaire. On injecte dans le canal rachidien, avec les soins aseptiques habituels, 7 centigrammes d'une solution au dixième de stovaine. On a soin de laisser couler deux centimètres cubes de liquide pour éviter l'hypertension. Puis on aspire un centimètre cube de ce liquide dans la seringue contenant déjà la solution de stovaine et l'on injecte le mélange ainsi formé. L'injection est faite à la malade dans la position horizontale. Pendant l'opération, on note une pâleur très marquée, une sensation de faiblesse, de la tendance à la syncope et des sueurs froides, mais sans perte de connaissance. L'anesthésie des membres inférieurs est d'ailleurs complète. Le soir, la température est de 37°5. Le lendemain, 11 octobre, à la visite, on trouve la malade couchée en chien de fusil, prostrée, répondant peu ou pas aux questions qu'on lui pose. Elle a de la raideur de la nuque, du Kernig ; cependant les réflexes sont normaux, la sensibilité est intacte et il n'y a pas de paralysie motrice. La malade a eu des vomissements pendant la nuit et de l'incontinence des matières fécales et des urines. La température atteint 39°, le pouls est à 110. Une ponction lombaire est faite le même jour. Le liquide est franchement louche ; il abandonne même sans centrifugation un culot de un centimètre cube de hau-

teur dans le tube à centrifuger. L'examen microscopique du dépôt révèle une polynucléose des plus abondantes ; le champ du microscope est entièrement rempli de polynucléaires confluents à contours nets, à noyaux bien conservés.

Le 12 octobre, les symptômes méningés se sont atténués. Les vomissements et l'incontinence des matières ont disparu ; il y a encore de la raideur de la nuque. La malade est toujours très abattue. Le Kernig est encore très appréciable. La température est de 38,4 le matin, 38,6 le soir.

La ponction lombaire montre encore un liquide franchement puriforme, analogue à celui de la veille. L'examen direct du culot sur lame ne permet de déceler aucun microbe. On ensemence le liquide céphalo-rachidien ; on cultive d'autre part la solution de stovaïne qui a servi à l'anesthésie. Ces deux ensemencements sont restés négatifs. Le 13 octobre, l'amélioration est notable, la raideur de la nuque est presque disparue, la température n'est plus que de 38°. Une troisième ponction lombaire est faite ; elle ramène un liquide limpide et normal. L'amélioration est progressive les jours suivants et la malade sort guérie le 20 octobre.

Les auteurs, dans leur discussion de cette polynucléose, écartent d'abord l'infection par faute d'asepsie, l'allure spéciale de cette réaction méningée, sa disparition brusque ne rappelant en rien la méningite septique. Le défaut d'isotonie de la solution employée ne peut non plus être invoqué. La solution de stovaïne employée étant isotonique et, par surcroît de précaution, elle avait été mélangée avec une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. L'infection et le défaut d'isotonie étant éliminés, MM. Pautrier et Simon mettent la polynucléose rachidienne sur le compte de la stovaïne : On peut observer à la suite d'injections sous-cutanées de stovaïne des réactions différentes suivant les sujets ; alors que chez certaines personnes on ne constate que la très légère boursoufflure occasionnée par le liquide lui-même qu'on vient d'injecter, chez quelques autres, plus rares, on peut voir, autour de l'injection, une véritable réaction œdémateuse se faire

momentanément ; peut-être y a-t-il à ce niveau, des phénomènes chimico-toxiques spéciaux dus à la stovaine elle-même.

Serait-ce à un phénomène du même ordre que serait due la polynucléose observée chez notre malade ? C'est là une simple hypothèse qui peut être confirmée ou infirmée par les faits ultérieurs ».

Nous allons maintenant relater l'histoire clinique de notre cas personnel qui, comme on va le voir, ressemble par plus d'un point à celui que nous venons de rapporter.

OBSERVATION PERSONNELLE 1345 - 1915

M^{lle} Frederica M. entre à l'Hôpital cantonal, dans le service de M. le professeur Bard, le 1^{er} juin 1915. Elle n'a dans ses antécédents héréditaires rien qui mérite d'être particulièrement souligné. Ses parents sont en bonne santé et des quatre enfants qu'ils ont eus, elle seule, bien qu'âgée de 36 ans seulement, a déjà un passé pathologique très chargé : Elle a eu une rougeole et une scarlatine dans l'enfance, une pneumonie à 15 ans. Depuis sa 17^e année, époque qui coïncide avec l'apparition de ses règles, qui sont d'ailleurs régulières et indolores, elle souffre de l'estomac, sous forme de crampes généralisées à tout l'abdomen, crampes variables dans leur apparition, leur intensité et leur durée, non influencées par les digestions et s'accompagnant de bouffées de chaleur à la tête avec refroidissement des extrémités. Un séjour de deux mois qu'elle fait à 20 ans, comme institutrice, en Prusse, où ni le climat, ni la nourriture ne lui conviennent, exagère encore ces troubles ; elle maigrit, s'anémie, au point qu'à son retour d'Allemagne elle est obligée de se reposer pendant près de trois ans. Améliorée, elle s'engage comme infirmière dans un service d'enfants, mais là, par deux fois, elle contracte la diphtérie, ce qui l'affaiblit de nouveau et lui fait

perdre en quelques semaines tout le bénéfice de sa longue convalescence.

En 1902, elle part pour Paris, où elle reste quatre ans comme sous-directrice d'un asile d'enfants ; mais pas plus que la Prusse, la France ne lui est favorable. Ce sont toujours les mêmes phénomènes douloureux au niveau de l'abdomen et la même fatigue qu'elle ressent.

En 1910, elle fait un premier séjour de trois semaines dans un hôpital privé de notre ville où on la traite par des bains de siège et des tisanes pour une cystite qui ne semble pas avoir retenti d'une façon quelconque sur la miction. Quinze jours plus tard, elle est renvoyée dans la même clinique parce que, brusquement, sont survenues des douleurs violentes localisées au point de Mac Burney. On pratique une appendicectomie d'urgence, mais l'appendice enlevé se montre tout à fait normal. Ce deuxième séjour enfin se prolonge pendant plus de deux mois, parce qu'à la suite d'une petite complication post-opératoire, on dut intervenir une deuxième fois pour un abcès abdominal profond. Elle quitte l'hôpital en juillet dans un état très satisfaisant, mais en octobre déjà elle rechute de nouveau, souffrant cette fois de coliques hépatiques. Elle ne présenta pas d'ictère, mais on lui sentait facilement, dit-elle, la vésicule biliaire.

Le traitement médical étant resté inefficace, on pratique en janvier 1911 une troisième laparatomie avec cholecystectomie, et le chirurgien profite de l'ouverture de la cavité abdominale pour supprimer quelques adhérences formées au niveau de son ancienne cicatrice.

Cette nouvelle intervention n'a pas même l'influence bien-faisante transitoire de la précédente, et très vite elle est reprise par ses anciennes douleurs abdominales, qui se compliquent maintenant de sensation de tiraillement dans le côté droit et de surdistension gastro-intestinale. En outre, elle présente de la dysurie avec tenesme parfois fort pénible et une fatigue dans la région lombaire, qui l'oblige à rester étendue les trois-quarts de la journée. C'est alors qu'on lui

constate un rein flottant pour lequel elle subit une néphropexie en février 1912 à la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal de Genève. Les résultats furent désastreux : deux jours déjà après l'opération elle est reprise des mêmes phénomènes douloureux mais maintenant ceux-ci apparaissent sous forme d'abcès paroxystique d'une rare violence. Unilatérale au début, au point d'avoir fait penser un instant à une occlusion de l'uretère, ces douleurs sont devenues bientôt bilatérales, occupant tout l'abdomen, donnant l'impression d'une morsure profonde : capricieuse et survenant sans cause provocatrice, elles échappent à l'influence sédative de l'immobilité et sont particulièrement fréquentes la nuit, rendant tout sommeil impossible. Enfin l'observation du Service de chirurgie relate, au point de vue du système nerveux, un psychisme bizarre, une insensibilité de la conjonctive bulbaire et de la muqueuse pharyngée et une grande variabilité des points douloureux abdominaux.

Au bout de trois mois, M^{lle} Frederica M. rentre chez elle, et depuis cette époque elle a toujours souffert : les périodes d'amélioration n'ont jamais dépassé quelques semaines et encore ne s'agissait-il que d'une amélioration relative, ne lui permettant que de faire quelques pas dans la journée. Elle fait successivement à la Clinique médicale de l'Hôpital cantonal deux séjours, l'un du 26 mars au 8 juillet 1913, l'autre du 6 février au 1^{er} mai 1915 — où l'on essaye, mais en vain, de calmer par tous les analgésiques possibles ses violentes crises douloureuses abdominales et c'est au diagnostic de névrose du plexus solaire, que M. le professeur Bard s'arrête, comme étant le plus probable.

Elle nous revient une troisième fois le 1^{er} juin 1915, envoyée comme toujours pour douleurs abdominales et il est fait, à son entrée, le status suivant :

Frederica M. est une femme de taille moyenne, un peu pâle et amaigrie ; son poids, qui était de 51,700 en 1913, est de 48,400 en mars 1915, est actuellement de 47 kg. Elle n'a ni œdème, ni dyspnée ; la température rectale est de 36,8. Elle

ne tousse et ne crache pas ; les poumons sont sonores et le murmure vésiculaire bien perçu, sans souffle ni râle.

Le pouls, de tension plutôt faible, bat régulièrement 80 fois à la minute ; le cœur n'est pas hypertrophié et les bruits se perçoivent bien sans aucun souffle.

La langue est blanche, l'appétit presque nul. L'abdomen, incurvé presque en bateau, sillonné de cicatrices laissées par les laparatomies anciennes, présente une paroi hypertonique et on n'arrive pas à obtenir une résolution musculaire complète. La palpation est douloureuse un peu partout mais surtout dans la région épigastrique ; on ne sent pas de tumeur, tout est sonore, le foie et la rate ont leurs limites physiologiques.

Au point de vue du système nerveux, on note un psychisme exalté, impressionnable ; l'intellect est normal et l'intelligence même au-dessus de la moyenne. Les pupilles égales ont d'excellentes réactions ; les réflexes patellaires ne sont ni exagérés, ni diminués, il n'existe aucun trouble de la sensibilité ou de la motilité pas plus que de signe de Babinski ou de clonus. Les mictions sont normales, sans brûlures ni pollakiurie. La quantité d'urine dans les 24 heures est de 1,200 cc. ; elles ne renferment ni albumine, ni sucre, ni sang et, dans le dépôt obtenu par centrifugation, on ne constate que de rares cellules des voies inférieures ; pas de cylindre, pas de globule de pus.

La perméabilité rénale au bleu de méthylène (injection de 5 cgr. dans la fesse) est normale : le bleu apparaît une heure après l'injection, atteint son maximum à la troisième heure, puis va en diminuant progressivement pour disparaître complètement dans les 72 heures.

L'examen du sang donne :

Hémoglobine, 75 % ;
Globules rouges, 4,247,000 ;
Globules blancs, 4,650 ;
Valeur globulaire, 0,89.

La pression sanguine, prise avec l'appareil de Pachon, est de 15 maximum et de 9 minima.

Le chimisme gastrique (repas d'Ewald), après lavage de l'estomac la veille, est le suivant :

A = 65 cc.

B = 100 cc.

H A (Acide Chlorhydrique libre) = 0.36 0/00.

A (Acide totale = 4.57 b = 0.55 0/00.

Quantité stomacale primitive = 119 cc.

La desmoïde réaction confirme les résultats du chimisme : l'iode dans la salive et le bleu dans les urines apparaissent deux heures après l'ingestion. Les recherches des *hémorragies occultes* dans les selles se montrent négative à plusieurs reprises. Les *épreuves fonctionnelles du foie* montrent un organe suffisant : la *glycosurie alimentaire* est négative, à aucun moment le sucre ne paraît dans les urines ; le bleu de Roch (ingestion de 0.002 milligrammes de bleu de méthylène) est également négative : les urines ne sont pas colorées ; l'élimination de l'urée dans les 24 heures est normale (environ 20 grammes). Le pancréas lui, donne aux examens du laboratoire des résultats contradictoires : la *pilule de glutoïde* n'est pas dissoute et on ne retrouve pas d'iode dans la salive ; par contre, la réaction des *selles sur sérum* est positive, ce qui indique qu'il existe de la trypsine dans les matières fécales.

Enfin un *repas opaque à la baryte* indique un transit gastro-intestinal normal, ce que nous avait déjà montré la *poudre de carmin*, laquelle ingérée à midi était déjà apparue le lendemain.

Le 3 juin, les moyens thérapeutiques, malgré leur grande variété, n'ayant au cours des séjours précédents amené aucun soulagement, on décide de faire une injection *intra-rachidienne de novocaïne*.

Vers 4 heures du soir, la malade étant couchée sur le côté, on injecte dans le sac arachnoïdien deux centimètres cubes, soit 0.08, de novocaïne (solution à 0.40/10 d'eau distillée).

Immédiatement avant, on a soin de retirer dix centimètres cube de liquide céphalo-rachidien, lequel parfaitement clair « eau de roche » contient 0,10 d'albumine et deux éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte. L'injection est bien tolérée ; l'heure qui suit, on constate de l'insensibilité des jambes et de la difficulté de la motricité. Quatre heures après, la malade accuse de vives rachialgies, que la morphine ne parvient pas à calmer. Le *lendemain*, la température est de 38°. M^{lle} M. se tient couchée sur le côté, ratatinée sur elle-même, en chien de fusil, elle se plaint de violentes céphalées intenses et lancinantes, qui lui arrachent des gémissements ; il existe de la raideur de la nuque, du Kernig, des douleurs orbitaires, des nausées sans vomissements.

Le 5 juin, trente-six heures après l'anesthésie rachidienne, on fait une ponction lombaire, qui donne issue à un liquide louche, d'aspect puriforme ; il contient 1 gr. 0/00 d'albumine et un nombre incomptable de polynucléaires, à contours nets, à noyaux bien conservés.

A l'examen direct sur frottis on ne constate aucun micro-organisme, et ensemencé sur différents milieux, le liquide peri-médullaire reste stérile. De suite, après cette intervention, la malade se sent très soulagée ; la raideur diminue, elle peut se reposer un peu. Le 6 et le 7 juin l'amélioration s'accroît, la température revient à la normale.

Le 8 juin elle va bien, une nouvelle ponction rachidienne permet de constater que le liquide est de nouveau clair comme de l'eau ; il ne contient plus que des traces d'albumine, mais encore vingt-deux lymphocytes par millimètre cube.

Depuis, plus aucun symptôme méningé mais par contre, les crises abdominales sont à peu près aussi intenses qu'avant et le 28 août 1915 elle quitte pour la troisième fois le Service, à peu près dans le même état où elle était venue.

En somme, quatre heures après une injection de novocaïne (0.08) dans le canal rachidien, brusquement éclatent des symptômes méningés qui sont au complet le lendemain. Le liquide céphalo-rachidien est trouble et contient de très nom-

breux polynucléaires bien conservés, sans aucun microorganisme, ni à l'examen direct, ni après ensemencement.

Trois jours après la tentative d'anesthésie, les symptômes se dissipent déjà, et le cinquième jour, la malade est guérie de sa méningite.

Qu'il se soit agi d'une méningite du type puriforme, qu'elle soit imputable à l'injection de novocaïne, cela n'est pas douteux, puisqu'au moment même de l'injection, nous avons retiré un liquide tout à fait normal.

Reste maintenant à se demander pour quel motif cette substance a provoqué une réaction méningée. Faut-il incriminer le manque d'asepsie? Nous ne le pensons pas; les plus grands soins avaient été pris, la solution était fraîchement préparée. D'ailleurs, l'allure et l'évolution en trois jours de cette méningite, la fièvre très peu élevée (38°), la stérilité du liquide, l'abaissement très rapide du nombre des éléments cellulaires, la brusque transformation des polynucléaires en lymphocytes, ne vont guère avec l'idée d'une infection.

La dose injectée (0.08) aurait-elle été trop forte? On peut introduire 0.10 et même 0.15 d'après Manquat. Ou bien faut-il mettre les accidents sur le compte de la solution non isotonique (ce qui fut évidemment une erreur) que nous avons employée?

Kendirdjy y attache une grande importance; pour cet auteur, un défaut d'isotonie entre le liquide céphalo rachidien et le liquide qu'on injecte est capable de provoquer une réaction méningée et risque de se voir attribuer des méfaits dont, en bonne justice, il ne saurait être tenu pour responsable.

MM. Pautorier et Simon relatent cependant le cas d'une réaction méningée puriforme aseptique, consécutive à une rachistovaiïnisation dans laquelle les erreurs de technique, en particulier le défaut d'isotonie et d'asepsie, ont pu être complètement éliminés. C'est donc qu'il peut y avoir autre chose qui détermine des accidents.

Aussi, sommes-nous bien plutôt disposés à considérer les phénomènes qu'a présentés notre malade, comme ceux d'une

méningite irritative due à la novocaïne. Reste à savoir pourquoi cette substance couramment employée dans les services hospitaliers, fut si mal tolérée dans notre cas.

Grâce à sa faible toxicité, on en peut injecter de fortes doses, voisines de 0.10 et 0.15 centigrammes, sans voir survenir le moindre désagrément. Forge et Riche, qui ont étudié l'action de la novocaïne par des examens histologiques et chimiques, concluent à son innocuité ; son influence sur le foie est négligeable et l'albuminurie qu'elle provoque parfois est toujours fugace. MM. Mestrezat et Tuffiery ont même signalé des rachianesthésies qui ne furent suivies d'aucune réaction méningée ; les accidents qu'elle produit, tout comme la cocaïne, sont du reste fort rares, aussi Baumel n'hésite pas à dire qu'on en peut répéter l'injection plusieurs fois sans inconvénients.

Notre cas est donc exceptionnel, tout comme celui de Pautrier et Simon.

Pourquoi et comment ?

Il est peu vraisemblable que la novocaïne soit en cause, car étant substance cristallisée, elle doit toujours rester identique à elle-même, mieux vaut donc incriminer la malade et parler de susceptibilité particulière. Un fait milite en faveur de cette manière de voir : Le chimiotactisme est provoqué habituellement, semble-t-il, par l'altération des albumines au contact des substances étrangères ; de là l'irritation méningée minime et normale — consécutive à toute injection. Or, étant donné l'existence des réactions sériques personnelles, il est bien compréhensible que de temps à autre naissent, au contact des médicaments et des albumines spéciales, des corps particulièrement chimiotactiques, qui entraînent une vive réaction.

Notre cas n'est donc pas exceptionnel, au pied de la lettre ; il s'agit de la simple amplification d'un phénomène habituel.



